

福祉医療費領収証明書訂正返戻依頼書

三重県国民健康保険団体連合会 様

下記の理由により、福祉医療費領収証明書データの訂正・返戻を願います。

依頼項目	
訂正	返戻

※どちらかに○をしてください。

医療機関コード	
医療機関名称	
所在地	〒
開設者氏名	⑩
電話番号	

点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護		
療養費区分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ		
提出方法	領収証明書 ・ 領収証明一覧表 ・ 電子媒体（CSV）		
提出年月	平成 年 月	提出分	
診療年月	平成 年 月	診療分	
助成種別	1. 障がい者 2. 一人親家庭等 3. 子ども 4. その他 5. その他		
市町コード		受給者番号	
入外区分	入院 ・ 外来		
ふりがな			
患者氏名			
保険請求点数（額）	点(円)	食事療養費	円
訂正の場合	訂正項目		
	訂正内容	訂正前	→ 訂正後
訂正・返戻理由			
連合会記入欄			

※提出月の月末までに訂正・返戻がある場合、本会へ提出してください。前月以前の提出分については、各市町へ連絡ください。